

訪 問 看 護 指 示 書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名			生年月日	(歳)																
患者住所																				電話
主たる傷病名																				
病状・治療 状 態																				
現在の状況・ 該当項目に○等	投与中の薬 剤の用量・ 用法	1						2						3						
		4						5						6						
		7						8						9						
		10						11						12						
		13						14						15						
	日常生活 自立度	寝たきり度 認知の状況	J 1 I	J 2 IIa	A 1 IIb	A 2 IIIa	B 1 IIIb	B 2 IV	C 1 M	C 2										
要介護度認定の状況		要支援 (1 2)			要介護 (1 2 3 4 5)															
褥 瘡 の 深 さ		NPUAP分類		III度		IV度		DESIGN分類		D 3		D 4		D 5						
装着・使用 医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (l/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻 : チューブサイズ 日に1回交換) 8. 留置カテーテル (部位: サイズ 日に1回交換) 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式 : 設定) 10. 気管カニューレ (サイズ) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 ()																			
留意事項及び指示事項																				
I 療養生活指導上の留意事項																				
II 1. リハビリテーション 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて、1日あたり()分を週()回 2. 褥瘡の処置等 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 4. その他																				
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)																				
緊急時の連絡先 不在時の対応法																				
特記すべき留意事項 (注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)																				
他の訪問看護ステーションへの指示 訪問看護ステーション名: たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 訪問介護事業所名:																				

上記の通り、指示いたします。

年 月 日

都筑区医師会ナースングホーム
〒224-0015 横浜市都筑区牛久保西1-20-21

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医師氏名

TEL 045-913-6321
FAX 045-913-6326
管理者 石濱 千秋 殿

印